

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Mars 1893, à 1 heure

PAR ALLYRE LADEVIE,

Né à Délincourt (Oise), le 17 Septembre 1867.

Ancien interne des Hôpitaux du Havre. — Médaille d'Honneur des Epidémies.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PÉRINÉORRHAPHIE

DANS LES CAS DE RUPTURE COMPLÈTE

Procédé d'Emmett-Jude Hüe

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. } MARCHAND, Professeur.
 } RICARD et LEJARS, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Mars 1893, à 1 heure

PAR ALLYRE LADEVIE,

Né à Délincourt (Oise), le 17 Septembre 1867.

Ancien interne des Hôpitaux du Havre. — Médaille d'Honneur des Epidémies.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PÉRINÉORRHAPHIE

DANS LES CAS DE RUPTURE COMPLÈTE

Procédé d'Emmett-Jude Hüe

Président : M. TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. } MARCHAND, Professeur.
 } RICARD et LEJARS, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

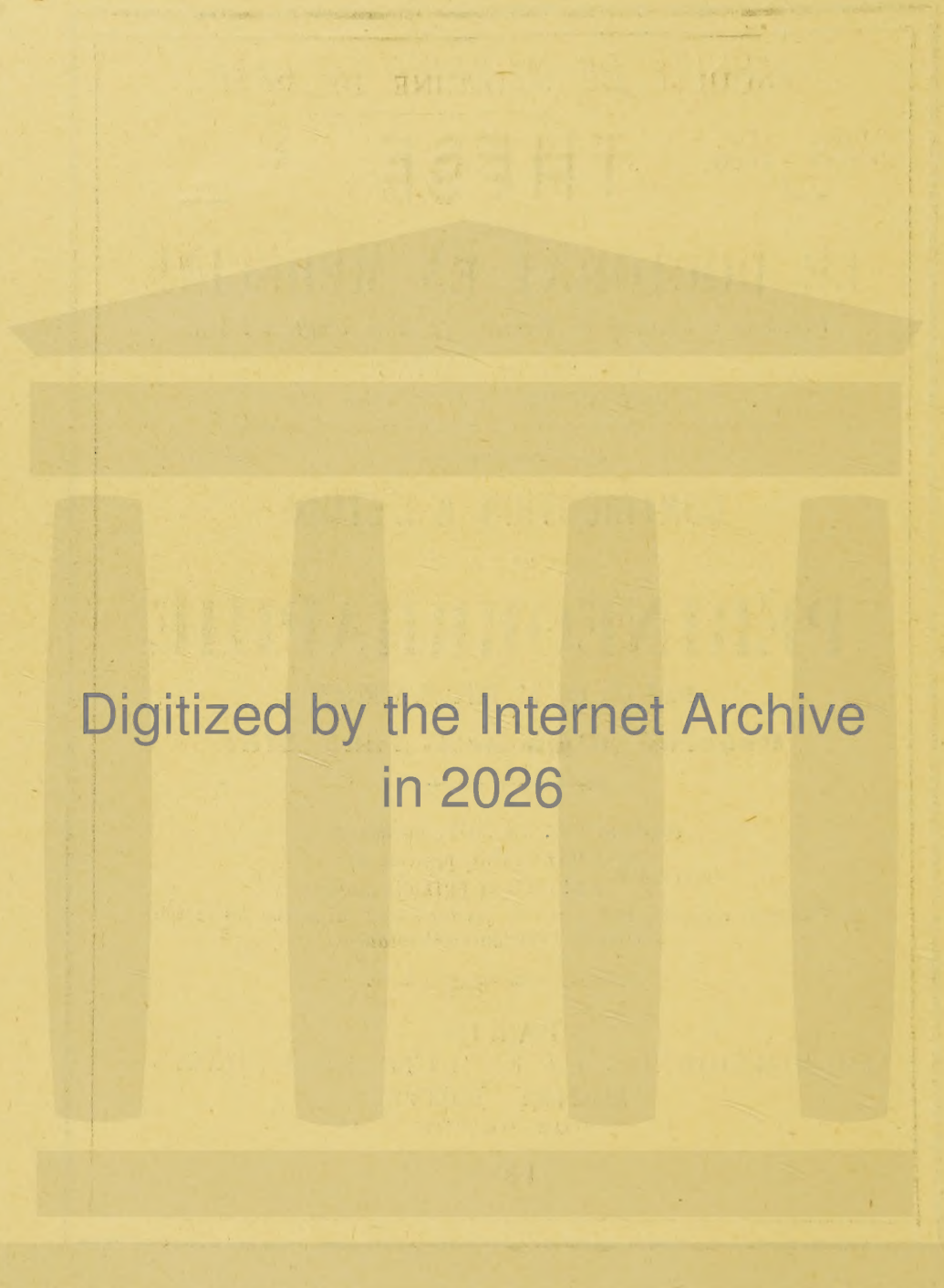
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1893



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0096

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Mars 1893, à 1 heure

PAR ALLYRE LADEVIE,

Né à Délincourt (Oise), le 17 Septembre 1867.

Ancien interne des Hôpitaux du Havre. — Médaille d'Honneur des Epidémies.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PÉRINÉORRHAPHIE

DANS LES CAS DE RUPTURE COMPLÈTE

Procédé d'Emmett-Jude Hüe

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM.

}	MARCHAND, Professeur.
	RICARD et LEJARS, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1893

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		A. GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		N.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....		STRAUS.
Clinique médicale.....		G. SEE.
Clinique des maladies des enfants.....		POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		PETER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....		BALL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		FOURNIER.
Clinique ophthalmologique.....		CHARCOT.
Cliniques d'accouchements.....		TILLAX.
		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIÉR.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEYS.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITERER.	
DEJÉRINE.	MARFAN.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de piété filiale et de profonde reconnaissance

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS ET DU HAVRE

tes du périnée par le procédé de Jude Hüe, il nous a paru intéressant de publier ces observations, et, à cette occasion, d'établir un parallèle entre cette méthode et les divers procédés opératoires qui ont été proposés.

Nous avons surtout essayé de faire œuvre de *vulgarisation* en groupant, à côté des indications formelles de la restauration périnéale, quelques remarques sur les accidents variés qui peuvent suivre et aussi sur les minuties du manuel opératoire.

Au moment où nous terminons nos études médicales, nous tenons à remplir un agréable et impérieux devoir en témoignant publiquement notre reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Paris, pour la bienveillance particulière qu'ils nous ont témoignée du premier au dernier jour que nous avons passé dans leurs services.

A notre début à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons eu le bonheur de rencontrer en M. le professeur agrégé Ch. Monod, un maître dévoué et affectueux dont les bontés ne s'effaceront jamais de notre souvenir.

Nous présentons l'hommage de notre profonde gratitude à M. le professeur Pinard et M. le docteur Bouilly pour la sympathie qu'ils nous ont montrée et pour les savants conseils qu'ils nous ont prodigués pendant notre stage à la Maternité Baudelocque et à l'hôpital Cochin.

Nous exprimons tout particulièrement notre reconnaissance à M. le docteur Jude Hüe, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen, pour les renseignements qu'il nous a fournis avec une si grande amabilité, et à M. le

docteur S. Fauvel, chirurgien du Nouvel-Hôpital du Havre, non seulement pour avoir bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse inaugurale, mais aussi et surtout pour les excellents principes que nous avons puisés dans ses leçons.

M. le professeur Tillaux nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : qu'il daigne agréer l'hommage de nos respectueux remerciements.

APERÇU HISTORIQUE

La première opération pour rupture du périnée par la suture paraît avoir été conçue et proposée par Ambroise Paré et exécutée, pour la première fois, par Guillemeau, chirurgien français, au xvn^e siècle. Au siècle suivant, de la Motte, Smellie, Noël (de Reims), Saucerotte, Murena, la tentèrent avec plus ou moins de réussite.

A l'époque actuelle, Dieffenbach, en Allemagne, a été le promoteur d'une méthode qui a servi de type à de nombreux procédés et qui a été perfectionnée et introduite en France par Roux. Ce qui caractérise essentiellement le procédé de Dieffenbach, outre le large avivement, ce sont les incisions libératrices dont on retrouve plus tard la trace dans le débridement du sphincter de Mercier et de Baker-Brown; le point capital du procédé de Roux était la suture enchevillée d'une plaie beaucoup plus large que celles qu'on osait fermer avant lui.

Avec Langenbeck prend naissance une méthode nouvelle, la périnée-synthèse, basée sur la combinaison de

l'avivement et de l'autoplastie par dédoublement ; elle a donné naissance, en France, aux procédés de Demarquay, Richet, Le Fort, Marc Sée, Polaillon ; en Allemagne, il faut citer Simon, Freund, Hildebrandt, Wilms, Staude, Bischoff, Hegar, pour ne nommer que les principaux.

En Amérique, Marion Sims appliquait, dès 1855, à la rupture du périnée, les principes si simples et si précis qui l'avaient guidé dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Débarrassant l'opération de toute complication inutile, et notamment des divers plans de suture, il reprit tout simplement le procédé de Roux, en augmentant la hauteur de l'avivement et en employant les fils métalliques ; c'était une très grande simplification qui précéda et prépara le procédé de son élève et ami Emmet.

L'originalité de celui-ci consiste à la fois dans le mode de suture qui a pour effet de rapprocher la plaie en la fermant comme on ferme une bourse, et dans le soin apporté au rapprochement des deux bouts du sphincter divisés, par l'application d'un fil spécial, dit *fil sous-sphinctérien*, très profond et très oblique d'arrière en avant.

Ce procédé, qui dérivait de celui de Marion Sims, fut perfectionné et vulgarisé en France par Jude Hüc (de Rouen), et aussitôt accepté par la majorité des chirurgiens. Verneuil et Trélat, notamment, renoncèrent pour lui à des procédés qu'ils avaient déjà employés.

Le savant chirurgien de la Pitié s'est exprimé de la

façon suivante : « J'ai fait un nombre considérable de Périnéorrhaphies en plaçant des fils vaginaux, rectaux et périnéaux au nombre de quinze à vingt, ce qui exigeait une heure d'opération ; j'ai obtenu de la sorte des succès incontestables. Toutefois, ayant dernièrement employé le procédé d'Emmet avec M. Kirmisson, j'ai pu en vingt minutes, avec cinq points de sutures, obtenir des résultats semblables.

Dans ces conditions, j'ai abandonné mon procédé, qui m'avait donné de très beaux succès, et j'ai adopté le procédé d'Emmet-Jude Hûe.

Lawson Tait, enfin, perfectionnant un procédé dû à J. Duncan et à Simpson, d'Edimbourg, réduisit l'opération à un dédoublement suivi de quelques points de suture.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET PATHOGÉNIE

Le périnée est un plancher fibro-musculaire résistant qui ferme inférieurement la cavité abdominale et supporte le poids des viscères qui y sont contenus.

Vu de dedans en dehors (1), il se présente sous la forme d'un entonnoir très largement évasé, prenant ses attaches sur le pelvis, excentriquement percé, à sa partie antérieure, d'un orifice pour le passage du vagin.

Vu de l'extérieur, le périnée est réduit à l'espace compris entre la fourchette et l'anus, formant la base d'une sorte de pyramide triangulaire ; son plan profond répond à la peau et à l'entrecroisement du sphincter de l'anus, du constricteur de la vulve et du transverse, tandis que le sommet de la pyramide se perd dans la cloison recto-vaginale.

L'un des côtés est longé par le vagin, et son bord inférieur est ourlé et renforcé par l'hymen ou ses ves-

(1) Pozzi. Tr. de Gynécologie, II^e éd.

tiges, les caroncules myrtiformes; l'autre côté est tangent au rectum; les parties latérales du prisme périnéal ont pour appui, profondément, les bords internes des releveurs de l'anus, attachés sur les côtés au rectum; ces muscles, par l'intrication inférieure de leurs fibres, forment un véritable soutien à toute la région.

Voici comment le professeur Tillaux (1) a l'habitude de faire la démonstration de cette région dans son cours. Il représente au tableau le bulbe de l'urèthre, le triangle ischio-bulbaire, l'aponévrose moyenne, comme ils se présentent chez l'homme. Séparant alors le bulbe en deux moitiés latérales, il obtient le dessin du périnée de la femme: la fente médiane figure la vulve; chaque moitié du bulbe de l'urèthre devient le bulbe du vagin; le bulbe caverneux se transforme en constricteur du vagin. Le triangle ischio-bulbaire présente la même délimitation, seulement il est beaucoup plus petit chez la femme et refoulé sur les côtés. Dans ce triangle, on rencontre les mêmes vaisseaux et nerfs que chez l'homme: artère et nerf honteux internes, artère périnéale superficielle, nerf périnéal superficiel. Les aponévroses superficielle et moyenne se trouvent amoindries, divisées sur la ligne médiane et déjetées sur le côté.

Au moment de l'accouchement, la vulve doit donner passage au fœtus, dont les dimensions sont excessives, relativement à l'orifice qu'il traverse. Il ne peut y parvenir, sans causer d'effraction, que grâce à un double

(1) TILLAUD. *Anat. top.*, V^e éd., p. 933.

artifice : l'imbibition de toutes les parties molles, par suite de la congestion veineuse intense de la fin de la grossesse ; l'élasticité des plans musculaires et cutanés.

Quand l'une de ces conditions normales fait défaut, le périnée cède et se déchire. Les principales causes de cet accident sont la rigidité exceptionnelle des tissus chez les primipares âgées, l'étroitesse de la vulve ; le volume excessif ou la position postérieure non réduite de la tête fœtale ; le passage trop brusque de la tête ou des épaules ; l'étroitesse de l'arcade pubienne ; un bassin vicié ; une application de forceps mal faite ; l'introduction trop hâtive de la main dans le vagin, pendant la version, les ulcérations syphilitiques, etc.

En dehors de l'accouchement, d'autres traumatismes portant sur la région périnéale, peuvent également provoquer une déchirure ; tels une chute sur un dossier de chaise, sur une rampe d'escalier, sur le manche d'une fourche. Ces lésions peuvent dès lors se rencontrer chez les enfants ou chez les jeunes filles vierges.

Dans l'accouchement, ce n'est pas le revêtement cutané-muqueux de la commissure vulvaire qui forme le principal obstacle à la distension, mais les fibres musculaires qui la doublent immédiatement. Pour Olshausen, ces fibres seraient celles du constricteur de la vulve ; pour H.-A. Kelly, les fibres les plus internes du releveur de l'anus à leur insertion sur le rectum. Budin paraît attacher moins d'importance au plan musculaire, et pense que la rigidité de la vulve provient de l'hymen. La déchirure hyménale peut, en

cas de distension exagérée, jouer, selon l'expression de Pajot, le rôle du coup de ciseaux du commis de nouveautés, qui veut déchirer une étoffe. Il ne semble pourtant pas que les déchirures des parties molles superficielles soient le phénomène initial. Il se fait d'abord, selon S. Pozzi, des ruptures sous-cutanées des fibres musculaires qui renforcent la résistance tégumentaire. Cette rupture profonde peut même rester isolée si la vulve se laisse suffisamment dilater, et, au lieu d'une rupture apparente du périnée, on n'a plus qu'un affaiblissement du périnée, dont le rôle étiologique est très important pour la production du prolapsus génital.

Ce n'est que si la fourchette n'est pas assez élastique, même après la rupture de la sangle musculaire qui la bridait profondément, qu'elle se fend à son tour et que la déchirure périnéale se produit. Celle-ci s'opère le plus souvent un peu sur le côté gauche, très près de la ligne médiane, et s'étend plus ou moins loin : tantôt elle ne dépasse pas le tégument ; tantôt elle entame l'orifice anal et remonte plus ou moins haut le long de la cloison recto-vaginale.

Le mécanisme des ruptures centrales, qui sont très rares, est analogue : la tête, mal dirigée, passe en arrière vers le milieu du périnée, qu'elle distend et fait éclater ; puis elle peut remonter légèrement, se diriger vers l'orifice vulvaire et le franchir en y causant encore une rupture plus ou moins étendue. D'autres fois, comme dans un cas de Simpson, l'enfant passe par l'ouverture centrale.

Dans la grande majorité des cas, le sphincter de l'anūs, ainsi que la cloison rectale, se rompent d'arrière en avant lorsque la tête refoule les tissus en avant; c'est le contraire lorsque la déchirure est le résultat d'un accouchement avec un instrument; dans ce cas, la déchirure commence par la fourchette, s'étend en arrière et est souvent complétée par le passage des épaules.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans les déchirures incomplètes, seul le périnée proprement dit est atteint, le sphincter de l'anوس et la paroi du rectum sont indemnes. La rupture porte donc sur la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le fascia superficialis, le muscle constricteur du vagin, les muscles transverses du périnée superficiels et profonds. La vulve paraît très allongée en arrière et béante, la rétraction cicatricielle attire en arrière les lèvres de la vulve et en bas la muqueuse du vagin. La surface déchirée, qui, primitivement, était triangulaire, est, par la suite, très irrégulière et se distingue des parties voisines par sa pauvreté en vaisseaux et par son aspect tendineux.

Dans la déchirure complète, non seulement le sphincter de l'anوس est atteint, mais la paroi rectale est déchirée sur une étendue variable. La disposition anatomique de la lésion est presque toujours typique ; la paroi recto-vaginale se termine au-dessus de la solution de continuité par un rebord arrondi en haut qui peut être tranchant. On voit assez fréquemment

les deux lèvres de la déchirure être unies l'une à l'autre de place en place par des brides cicatricielles qui sont des vestiges d'anciennes opérations, ou d'une réunion spontanée de petites parties de la plaie primitive. Si le pont cicatriciel présente une certaine hauteur, on a une fistule recto-vaginale compliquée d'une division complète du périnée.

Au niveau de l'anus on voit souvent, derrière la déchirure, faire saillie une partie de la muqueuse rectale, de couleur rouge, formant une tumeur grosse comme une noisette. Quand les sphincters vulvaire et anal ont été complètement déchirés, le releveur de l'anus et le transverse du périnée attirent en dehors les lèvres de la plaie et les infléchissent vers la cavité pelvienne.

Les parois de la plaie deviennent alors concaves, béantes, et toute la portion divisée semble située au-dessus du niveau du périnée.

On a distingué deux variétés dans les ruptures complètes, selon que le sphincter et l'orifice anal seuls sont rompus ou que la division est étendue à la cloison recto-vaginale (Gaillard-Thomas). Cette distinction offre une certaine importance au point de vue opératoire, car la réparation de la cloison nécessite un temps spécial.

Il est habituel de voir les déchirures profondes s'accompagner de cystocèle et de prolapsus utérin.

INDICATIONS DE L'OPÉRATION

Au bout de combien de temps après la production du traumatisme l'opération doit-elle être pratiquée ?

Cette question a été très controversée, mais surtout à une époque où l'ignorance des bienfaits de l'antiseptie et de l'asepsie rendaient les succès fort aléatoires.

« Lorsque le périnée vient d'être déchiré, écrit le professeur Tillaux, il faut le restaurer au plus tôt dès que l'accouchement est terminé. Si la suture n'a pas été faite aussitôt après ou si elle n'a pas réussi, à quel moment le chirurgien doit-il intervenir ? Il est difficile de fixer une époque précise, mais il importe de savoir qu'il faut attendre un certain temps et ne pas céder à l'impatience bien légitime de certaines femmes. »

Il convient de temporiser plusieurs mois, jusqu'à ce la femme soit complètement rétablie ; car non seulement il ne faut pas opérer pendant la période puerpérale, mais il est utile encore d'attendre que tout travail de restauration naturelle soit achevé.

La nature, en effet, se livre quelquefois à un travail

de réparation vraiment surprenant, à ce point qu'une opération jugée d'abord nécessaire, devient ensuite inutile. La règle, d'après ce maître, est donc de n'agir que lorsque tous les efforts naturels sont épuisés, lorsque l'état reste manifestement stationnaire et il estime qu'il faut pour cela un minimum de six mois. Nous ne saurions mieux faire qu'applaudir à ces savants et sages principes.

Emmet a la même conviction. Lorsque la déchirure s'est étendue à travers le sphincter, dit-il, dans tous les cas, lorsque cela est possible, il faut réunir les parties immédiatement après l'accouchement. Il appuie son avis de plusieurs arguments. D'abord, l'opération pratiquée après l'accouchement, est une opération relativement simple, et il n'est pas nécessaire de passer des sutures derrière le muscle ; puis on fournit un soutien à l'utérus, pour un certain temps du moins, jusqu'à ce que son volume ait diminué ; enfin, on gagne du temps, ce qui permet aux tissus du vagin allongés outre mesure de recouvrer leur tonicité. Une semaine même ainsi gagnée en donnant aux parties un soutien convenable peut être le moyen de sauver la malade de la nécessité de subir un traitement pendant des mois. On peut lui épargner cela, même si l'opération ne réussit pas.

L'écoulement lochial est assurément dangereux pour une surface qui se cicatrise, mais avec un peu de soin, on arrive, dans la grande majorité des cas, à de fort bons résultats.

Pozzi dit également qu'il faut réparer les lésions

d'emblée toutes les fois que cela est possible ; on a même réussi, écrit-il, quand la région paraissait très contuse et se prêtait mal à un essai de réunion primitive. Cette conduite a l'avantage d'éviter une opération ultérieure plus complexe et de fermer la porte aux inoculations.

La cicatrisation spontanée, qui est possible, sans intervention, dans les déchirures très superficielles, est fort exceptionnelle dans les déchirures profondes. Quoique MM. Pajot, Tarnier et Guéniot en aient observé des exemples, on ne saurait compter sur d'aussi heureux résultats.

La plupart des accoucheurs inclinent aujourd'hui vers l'opération immédiate ; grâce à elle, en effet, on arrête des hémorrhagies souvent intenses, puis la déchirure est récente, et, n'étant pas déformées par la rétraction cicatricielle, les lèvres de la plaie s'appliquent exactement l'une contre l'autre, et il suffit d'enlever avec les ciseaux les tissus trop contusionnés pour qu'il soit possible d'opérer des tissus parfaitement aptes à la réunion.

Hégar et Kaltenbach affirment avoir opéré toutes les déchirures complètes du périnée immédiatement après leur formation et en avoir toujours obtenu les meilleurs résultats. Ils ajoutent que sur ce nombre, il était des cas dans lesquels toute la paroi postérieure du vagin était déchirée et la rupture s'étendait jusqu'au niveau du cul-de-sac postérieur.

Cependant, l'opération immédiate n'est pas sans présenter quelques inconvénients lorsqu'il s'agit d'une

déchirure du périnée compliquée. L'opération est, en effet, importante et fort longue. Il faut découvrir pendant un long espace de temps des femmes baignées de sueur, frissonnantes, épuisées au point de vue physique et moral. Il est encore un autre obstacle plus grave ; on manque souvent des assistants nécessaires et on est obligé d'opérer dans l'obscurité. Or, on ne doit pas ignorer qu'une suture mal faite favorise la stagnation des liquides et la fermentation des produits sécrétés par la plaie ; la femme se trouve donc exposée à plus de dangers que si l'on s'était abstenu.

Il ne faut donc pas rejeter, d'une façon absolue, les objections formulées par les anciens auteurs, par Busch, Carus, Blasius, Roux, Velpeau, et ici, plus que dans toute autre opération, on devra tenir compte de toutes les circonstances spéciales à chaque cas.

Quand le chirurgien n'a pu intervenir immédiatement, convient-il de pratiquer, dès le premier mois, la réunion immédiate secondaire comme on l'a proposé, soit en rapprochant les surfaces bourgeonnantes, soit en gratant les bourgeons charnus avec une curette tranchante ?

Verneuil a préconisé la réunion immédiate secondaire, même dans des cas anciens.

Pozzi croit qu'il y a plus d'inconvénients que d'avantages à ne pas attendre que les parties soient décongestionnées et que la femme soit mieux en état de supporter une opération.

Holst, il est vrai, a préconisé une opération intermédiaire, faite du cinquième au dixième jour des suites

de couches. Après avoir passé les fils à sutures, il fait l'ablation des granulations ; il a obtenu ainsi de bons résultats.

Cependant, pensent Hegar et Kaltenbach, la suture ne semble pas, à cette époque, présenter des avantages, car la plaie, recouverte de granulations est, protégée contre l'hémorrhagie et l'infection, et ce procédé n'est pas sans présenter de dangers. Ces auteurs ont, en effet, à plusieurs reprises, observés dans la pratique d'autres médecins des accidents pyémiques fort graves et parfois mortels, apparus après une opération pratiquée du huitième au dixième jour des suites de couches. D'un autre côté, la Périnéorrhaphie faite après la puerpéralité donne toujours les résultats les plus heureux.

Heppner eut recours à ce procédé d'opération intermédiaire. Une de ses malades, chez laquelle il fit l'opération douze jours après l'accouchement, succomba au bout de dix jours avec une fièvre puerpérale septique ; une seconde femme, opérée vingt-trois jours après l'accouchement, succomba trois semaines plus tard avec un érysipèle ambulante.

Aussi Hegar conclut-il en disant qu'il faut, pour intervenir, attendre que l'involution des organes sexuels soit complète.

Roux et Velpeau repoussent également l'opération immédiate dans ces cas, et leur opinion a été adoptée presque unanimement par les chirurgiens qui ont pris part, à la Société de Chirurgie (séance du 5 avril 1876), à la discussion qui a suivi le rapport de M. Guéniot

sur le Mémoire de M. Hûe, de Rouen. Ces chirurgiens se fondèrent, pour reculer l'opération, sur ce que, d'une part, la réparation spontanée est possible, et, d'autre part, sur ce que la femme, pendant l'état puerpéral est exposée à des complications diverses qui peuvent entraver la marche de la cicatrisation ; les tissus, en effet, manquent de résistance ; il peut se produire du sphacèle, une véritable gangrène, dans certains cas, qui mettrait la vie de la femme en danger.

Il est absolument certain qu'au bout de quelques mois, la femme se trouvera dans d'excellentes conditions ; elle ne sera plus sous l'influence de l'état puerpéral et les chances de réunion immédiate seront plus grandes. Enfin, le chirurgien, par un traitement préparatoire approprié, aura pu se mettre dans les meilleures conditions de réussite possibles.

Cette conduite prudente a donné lieu à quelques objections. Malgré les plus grands soins de propreté, a-t-on dit, il ne sera pas possible d'empêcher les lochies et les matières fécales de venir baigner la plaie et l'irriter ; aussi la cicatrisation sera-t-elle longue à se faire, elle demandera deux mois, trois mois peut-être, et pendant cette longue période, la femme sera exposée à la résorption putride et à l'empoisonnement. Puis on voit se produire de la cystocèle et du prolapsus de l'utérus. Enfin, si on attend trop longtemps, il se fait une dégénérescence des extrémités du muscle rompu, et lorsque le périnée est réparé, le sphincter ne fonctionne pas.

Dans les cas malheureux où l'opération ne peut être

pratiquée immédiatement après le traumatisme, la meilleure conduite à tenir est de lier les jambes de la malade, la sonder et, au moyen de fréquentes injections d'eau chaude antiseptique, d'empêcher l'irritation des parties par l'écoulement des lochies. Avant de permettre à la malade de se tenir debout, il faudra avoir recours à un soutien mécanique, afin de soulever l'utérus au-dessus du plancher du bassin. Il sera également utile de s'efforcer de maintenir l'organe partiellement en antéverson, de façon qu'il ne puisse se produire un prolapsus des parois du vagin.

Quand le moment propice d'opérer est arrivé, dans les déchirures incomplètes, lorsqu'il existe des accidents tels que catarrhe utérin, pesanteur dans le bassin, tiraillements, douleurs lombaires, bref, un état qui, sans être grave, est très pénible, dans les déchirures complètes, toujours, on devra user de toute son influence pour engager la malade à se faire opérer, en lui affirmant qu'elle retirera de l'opération un bénéfice énorme, d'autant plus que le temps, au lieu d'améliorer la situation ne fera, au contraire, que l'aggraver.

D'ailleurs, dans un grand nombre de cas, la malade réclamera elle-même l'assistance du médecin, car son état est souvent terrible. Le voici tel que Roux le décrit : « Une femme chez qui le périnée n'existe plus
« est affligée d'une incommodité dégoûtante ; son sort
« est presque aussi misérable que celui des personnes
« qui sont atteintes d'anus contre-nature.

« Comme le sphincter de l'anus a été déchiré et ne
« peut plus se contracter, comme toute action a cessé

« à la partie inférieure du rectum, rien ne s'oppose à
« l'issue des gaz intestinaux, aussitôt qu'ils parvien-
« nent au terme de leur cours, ni à la sortie, ou conti-
« nue, ou du moins trop souvent répétée et presque
« involontaire de matières fécales. Sans doute, celles-ci
« peuvent séjourner quelque temps dans l'intestin rec-
« tum, quand elles y arrivent avec une certaine con-
« sistance ; mais sont-elles molles, le besoin de les
« rendre se produit à chaque instant ; il est vif, pres-
« sant, et, si elles sont encore à un état plus voisin de
« l'état liquide, elles s'échappent involontairement,
« inondent le vagin et toutes les parties voisines.

« Les femmes qui sont en proie à une telle infirmité
« sont presque toutes obligées de vivre dans une soli-
« tude contraire à leur âge, à leur sexe, à leurs habi-
« tudes ; elles tombent dans une profonde tristesse ;
« presque toujours leur santé s'altère, elles perdent
« leur fraîcheur. Je ne connais pas de position plus
« digne de pitié. »

En résumé, on doit restaurer aussitôt l'accident pro-
duit. Si l'opération n'a pas été faite, soit que le chirur-
gien ait été appelé trop tard, c'est-à-dire plus de huit
jours après l'accident, soit qu'il y ait eu de graves
complications, il faut attendre la fin de la puerpéralité,
c'est-à-dire six mois en général. Si, au bout de six
mois, la femme se trouvait de nouveau enceinte, étant
donné la proximité de l'accouchement et, par suite, la
possibilité d'une nouvelle déchirure, l'opération serait
contre-indiquée.

TRAITEMENT PRÉPARATOIRE

Dans les cas simples, le résultat donné par l'opération, tout en étant heureux, varie souvent, cependant, suivant la perfection avec laquelle elle aura été conduite, et le bien-être de la malade en dépend beaucoup.

Le point le plus important, c'est que la malade ait les intestins bien libres. Il est nécessaire qu'il passe par le rectum, après l'opération, le moins possible de matières fécales, et que la malade ne soit pas tourmentée par l'accumulation des gaz, qui s'efforceraient de se frayer un chemin entre les sutures et de maintenir un canal ouvert pour leur échappement.

« Chaque jour, dit Emmet, pendant la semaine qui
« précédera l'opération, on fera prendre par la bouche
« 1 gr. 25 de fiel de bœuf épaissi. Il sera bon d'admini-
« nistrer, le soir, tous les deux jours, un purgatif de
« rhubarbe et de carbonate de soude. Mais on fera
« bien de prendre encore une autre précaution, surtout
« lorsque la malade aura une mise négligée, ce sera
« d'administrer, dans la position genu-pectorale, un
« grand lavement d'eau chaude, dans laquelle on aura

« dissout une quantité suffisante de fiel de bœuf frais.
« On fera rester la malade dans cette position quinze
« à vingt minutes, s'il est possible, — il n'y a rien
« d'aussi efficace, car les scybales et toutes les parties
« solides deviennent liquides au contact de la solution
« de fiel. »

Le professeur Tillaux (1) ajoute : « La malade se
« trouve à une époque éloignée de ses règles ; elle a
« été purgée la veille ; on a pratiqué pendant quelques
« jours des lavages avec la liqueur de Van-Swieten.
« S'il existait du catarrhe utérin, il serait bon de mettre
« un tampon dans le vagin pendant l'opération, afin
« d'empêcher les liquides d'arriver au contact de la
« plaie d'avivement avant l'application des sutures. »
Ce sont de précieux et très utiles conseils.

(1) TILLAUX. Chirurgie clinique, t. II, p. 466.

MANUEL OPÉRATOIRE

Le point idéal de l'opération est la sûreté de la réparation *fonctionnelle* ; il faut donc que l'ouverture anale reformée devienne une sûre barrière, reprenne ses fonctions réflexes et ne laisse échapper involontairement ni un liquide, ni un gaz.

Or, le rétablissement de la fonction n'est nullement la conséquence forcée du rétablissement de la cloison et du périnée.

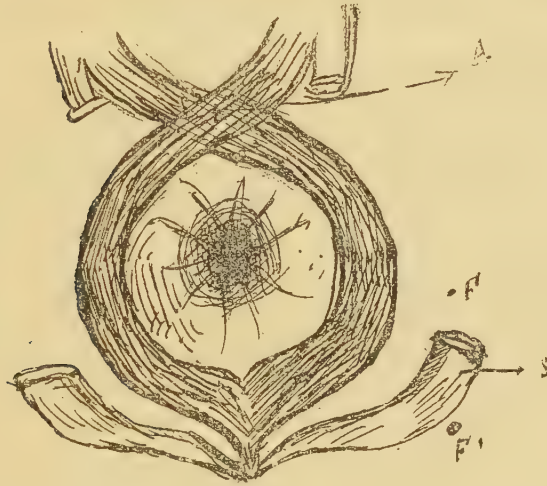
Cette proposition paraîtra évidente, si l'on veut bien faire attention que l'opération de la fissure à l'anus, par l'incision du sphincter, — peu correctement conduite sans doute, — a pu amener une incontinence complète des matières liquides et des gaz.

Une femme opérée trois ans auparavant par le procédé de Sims et par Emmett lui-même, possédait un très bon périnée et une parfaite réparation des orifices vaginal et rectal, mais était impuissante à retenir les matières liquides et les gaz.

Chez les femmes qui ont eu réellement le sphincter entier déchiré, les fibres musculaires rompues à leurs

attaches supérieures, où si l'on veut à leur entrecroisement avec les fibres du constricteur du vagin, se rétractent en arrière de l'anus vers leurs attaches inférieures et tendent à prendre une *direction horizontale* en avant du coccyx.

Il en résulte que le point de suture inférieure introduit, comme dans tous les procédés, au niveau de la limite postérieure de la déchirure, ne comprend pas les fibres musculaires rétractées.



A. Entrecroisement du sphincter et du constricteur du vagin où se produit la rupture.

S. Sphincter anal rompu et rétracté.

F. Point de suture postérieur dans l'opération de Pinus.

F'. Point de suture postérieur dans l'opération d'Emmett-Jude Hue.

On a refait un périnée et un orifice anal, mais non un sphincter. La femme rendra à volonté les matières solides qui sont retenues beaucoup plus haut, mais les liquides et les gaz s'échapperont sans qu'elle puisse les retenir.

Il faut donc absolument aller chercher le muscle à l'aide d'un point de suture introduit très bas, à 1 cent. $1/2$ au moins en arrière de l'anus, afin de ramasser, de ramener en haut les fibres du sphincter et de permettre aux sutures suivantes d'opérer la réunion du muscle lui-même.

Ce fil ne rétrécit pas l'anus, il ne fait que lui redonner ses dimensions normales.

Dans sa première Observation, Jude Hûe présente ainsi l'état des parties : La vulve est béante et se continue jusqu'à la paroi postérieure de l'anus. Celui-ci est détruit à sa partie antérieure. La cloison n'est plus, en cet endroit, qu'une mince membrane tendue à environ 1 centimètre plus haut que la demi-circonférence postérieure de l'anus où sont ramassés, fortement accentués et légèrement ulcérés, tous les plis rayonnés. Les lèvres du col de l'utérus, profondément fendues à gauche, longues et béantes, admettent facilement l'extrémité de l'index et sont remplies de mucus.

Traitement préparatoire d'usage : un purgatif la veille, un lavement laxatif le matin de l'opération.

La malade est placée sur une table, en pleine lumière, chloroformée et maintenue dans la position de la taille. Deux aides soutiennent et écartent les cuisses, tendant également, chacun de leur côté, les parties rompues.

I. Avivement

Il se décompose lui-même en deux temps : l'avivement de la partie médiane et celui des parties latérales. On doit commencer naturellement par la partie médiane et par la région inférieure de celle-ci, suivant le précepte général de dénuder d'abord les parties déclives, afin que le sang ne vienne point masquer le champ opératoire. Il y a encore une autre raison, c'est que l'avivement de la paroi recto-vaginale donne beaucoup plus de sang que celui des parties latérales, et qu'en l'exécutant le premier, l'écoulement sanguin a plus de temps pour s'étancher avant le passage des sutures.

Afin d'éviter, autant que possible, tout écoulement ennuyeux de sang, on se sert de ciseaux et du téna-culum pour la partie médiane. On enlève avec eux, sur la moitié antérieure de l'ouverture anale et la portion inférieure de la paroi recto-vaginale, une mince lamelle de muqueuse de 3 centimètres de large. C'est là, en réalité, le point long et délicat de l'opération, à cause de l'extrême irrégularité de la surface occupée par les bourrelets multiples de la colonne postérieure du vagin et souvent par un commencement de rectocèle. Pour le mener à bonne fin, on doit, à plusieurs reprises, passer deux doigts de la main gauche dans le rectum, afin de tendre et de déplier les parties à aviver. L'avivement des parties latérales est beaucoup plus rapide. A l'aide

du petit couteau triangulaire de Beer, on dessine d'abord, puis détache de chaque côté, et de bas en haut, une mince lamelle de muqueuse de 3 centimètres de large à la base, c'est-à-dire à sa réunion avec l'avivement médian, et de 2 centimètres seulement au sommet situé à l'origine des petites lèvres.

L'avivement complet rappelle assez bien la forme d'un papillon dont les ailes auraient été formées par l'avivement latéral et le corps par l'avivement médian. Les auteurs qui ont pu comparer la forme de leur avivement à celle d'un fer à cheval n'ont pas suivi le bord de la muqueuse anale ; ils n'ont pas avivé les parties correspondant au sphincter et, d'une façon générale, nous nous permettons de dire qu'ils auront pu reformer un périnée et un anus, mais la fonction de celui-ci sera restée plus ou moins imparfaite.

La partie médiane, malgré la précaution de dénuder aux ciseaux, donne souvent un écoulement de sang assez abondant, pour retarder un peu le second temps de l'opération.

II. Passage des fils

On introduit les fils à l'aide d'une longue aiguille courbe emmanchée.

Le premier fil périnéal postérieur, ou fil d'Emmett, entre à gauche sur la peau à 1 cent. $1/2$ environ en

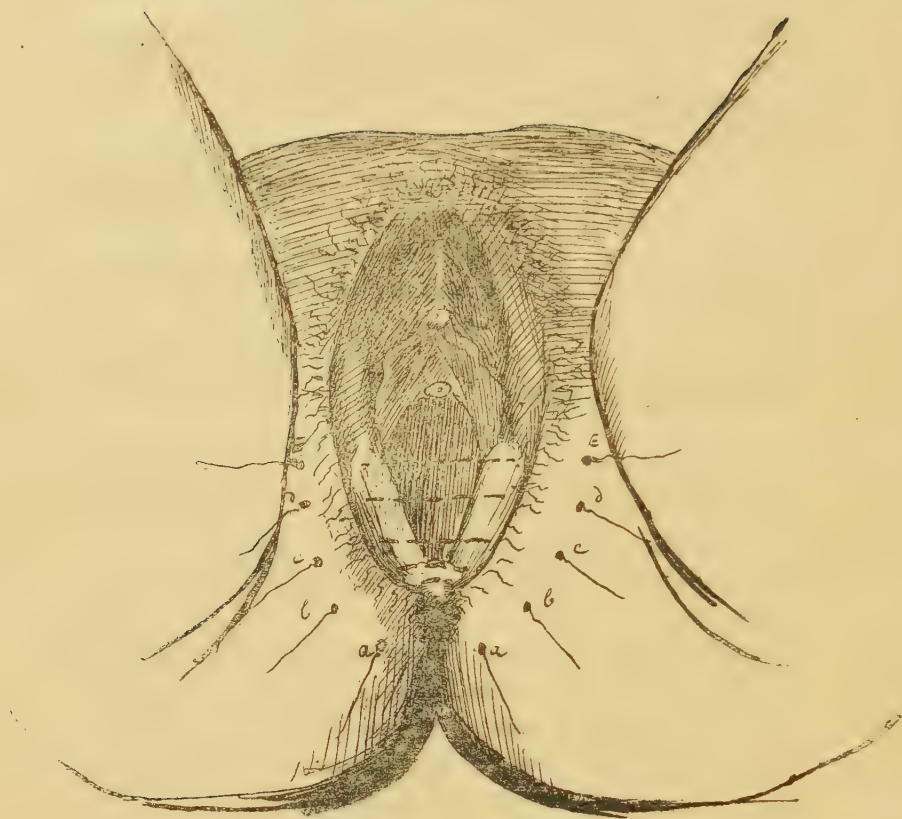
arrière et en dehors de la circonférence postérieure de l'anus, parcourt les trois quarts d'une circonférence en traversant les tissus de bas en haut et, passant dans l'épaisseur de l'extrémité inférieure de la cloison, vient émerger à droite en un point symétrique.

Le second fil, introduit de la même manière, au niveau et à un centimètre en dehors de la limite postérieure de l'avivement dans une opération tardive, de la déchirure, dans une opération immédiate, chemine également pendant tout son trajet médian entre les muqueuses vaginale et rectale, mais à un centimètre plus haut que le premier, et sort en un point symétrique du côté opposé.

Le troisième fil est passé à un centimètre plus haut d'une façon identique.

Ces trois fils postérieurs cheminent constamment dans l'épaisseur des tissus et de la cloison. Les trois fils périnéaux antérieurs sont placés à environ 1 centimètre de distance chacun, à 1 centimètre en dehors de l'avivement sur la peau, émergent dans le vagin à la limite de l'avivement et de la muqueuse pour rentrer et ressortir du côté opposé en des points symétriques.

En tout six fils : trois pour l'anus et la partie postérieure du périnée, trois pour la partie vaginale.



a. b. c. d. E. Points de suture.

a. a. Point sous-sphinctérien.

Périnéorrhaphie d'après le procédé d'Emmett-Jude Hæe. — Fig. tirée du *Traité de Cliniq. chirurg.* du professeur Fillaux.

III. Affrontement et torsion des fils

Après l'arrêt complet du sang et le lavage des parties avec la solution au 1/40^e d'acide phénique, l'affrontement est fait, en commençant par le fil d'Emmet et en prenant bien garde, pendant le serrage des fils, de relever au ténaeulum les bords de l'avivement afin que l'adaptation et le contact des surfaces dénudées soient les plus parfaits possible.

Deux ou trois tours donnés à la main suffisent à chaque fil pour fixer l'affrontement ; puis, la torsion des fils est achevée méthodiquement, d'avant en arrière, c'est-à-dire en commençant par le troisième fil périnéal antérieur, à l'aide du fulcrum et d'une pince à pression continue. Puis, les fils coupés à une égale longueur, à environ 4 centimètres des parties, sont réunis en faisceau par un fil circulaire et entourés par une petite bandelette de diachylum pour en protéger l'extrémité.

Enfin, la malade est sondée, et on fait une injection vaginale avec une solution au 1/300^e de bichlorure.

L'opérée est reportée dans son lit, mise dans le décubitus dorsal, les jambes maintenues, rapprochées par quelques tours de bandes de flanelle et les jarrets relevés par un traversin. Une injection hypodermique de morphine de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine est

faite pour empêcher les vomissements chloroformiques et immobiliser les intestins.

Jude Hûe a parfaitement mis en relief les points originaux de la méthode à laquelle il a dû de nombreux succès. Une précaution fort utile est de commencer l'avivement par la partie moyenne; l'habile chirurgien de Rouen fait très judicieusement remarquer que, quel que soit le soin qu'on mette à pratiquer un avivement aussi superficiel que possible, l'avivement de la cloison donne toujours beaucoup de sang; en commençant par elle, l'hémostase a le temps de se produire. De plus, le sang fourni par l'avivement des parties latérales générerait beaucoup pour l'avivement de la partie moyenne. Pendant toute la durée du passage des fils, l'introduction de l'index gauche dans le rectum est indispensable; il tend la cloison recto-vaginale, guide le cheminement de l'aiguille dans son épaisseur, et l'empêche de faire issue dans l'intérieur du rectum. Cette petite manœuvre du passage du fil, demande à être exécutée avec beaucoup d'attention et une certaine lenteur, afin que l'aiguille ne traverse pas la paroi rectale, ne se perde pas dans les parties profondes et vienne bien sortir du côté de la peau dans un point symétrique à son point d'entrée.

Il est capital de bien passer le premier fil, *le fil sous-sphinctérien ou d'Emmett*, car il est destiné à réunir les deux extrémités divisées du sphincter et à reconstituer l'anus, autant que possible, dans son intégrité première; il doit cheminer sous la surface cruentée, très près de son bord postérieur, et pénétrer franche-

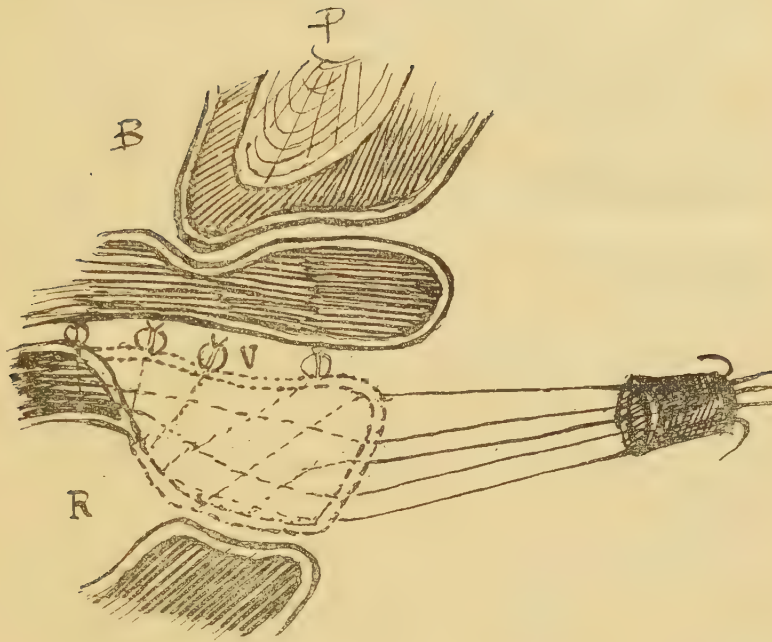
ment dans l'angle de la division de la cloison où il doit prendre un point d'appui solide.

Chaque suture est tordue à son tour. L'expérience seule peut indiquer le degré de tension qu'il faut exercer, et le succès dépendra pour une grande part de cette partie de l'opération. Les parties devront être amenées juste en contact et pas plus, car, en peu d'heures, il se fera un gonflement suffisant pour forcer les tissus à se mettre en rapport intime. Si on a trop serré les sutures en les tordant, et particulièrement si on les a introduites trop superficiellement, elles couperont d'arrière en avant. Il en résultera une fistule, ou bien les tissus placés en avant s'étrangleront suffisamment pour déterminer une inflammation qui se terminera ensuite par un abcès des lèvres.

Si les lèvres cutanées de la déchirure périnéale n'étaient pas amenées partout en contact parfait par la suture profonde, on placerait quelques points complémentaires de suture superficielle.

Comme on le voit, d'après la description précédente, ce procédé (sauf dans les cas exceptionnels où la cloison recto-vaginale est déchirée très haut) rentre dans les procédés à un seul plan de suture. Ici, en effet, pas de suture rectale, pas de suture vaginale isolée; tous les fils sont passés, suivant un plan unique, de la peau à travers la cloison recto-vaginale ou la paroi du vagin. C'est donc une simplification très grande du mode opératoire. Mais là n'est pas son but principal. Ce que l'on se propose, en plaçant le fil postérieur en arrière de l'anus et en lui faisant traverser la cloison recto-vagi-

nale, c'est d'attirer en avant les deux extrémités divisées du sphincter que la rétraction a portées en arrière et de les mettre en contact, de façon à rétablir dans son intégrité l'anneau représenté par le sphincter anal et à lui restituer, à la fois, sa forme et ses fonctions.



Coupe verticale passant à travers les pubis et montrant la direction des sutures dans la déchirure à travers le spincter de l'anus et la cloison recto-vaginale.

- B. Vessie.
- V. Vagin.
- R. Rectum.
- P. Pubis.

On ferme la solution de continuité par une constriction circulaire, comme on ferme une bourse en tirant sur ses cordons. En même temps, on abaisse la cloison recto-vaginale, ce qui permet de se dispenser, très souvent, de la suturer isolément.

La déchirure étendue de la cloison demande une suture isolée. Enfin, l'absence de suture rectale diminue considérablement les chances d'infection.

Si la déchirure remontait très haut, par exemple jusqu'au tiers de la cloison, on devra faire l'opération en deux fois. On pratiquera d'abord la restauration de la paroi, au moyen d'un large avivement sur chaque lambeau et de sutures métalliques aussi rapprochées que possible, comme pour la clôture des fistules recto ou vésico-vaginales ; puis, la cloison bien rétablie, on procédera à la réparation du périnée et du sphincter à la manière ordinaire.

Emmet accomplit, dans ces cas, la restauration entière en une séance ; nous avons suivi son exemple, comme on le verra plus loin, dans le cas d'une rupture complète du périnée et d'une déchirure intéressant la moitié de la cloison et remontant à cinq jours ; le résultat fut excellent.

TRAITEMENT CONSÉCUTIF. ACCIDENTS. POST-OPÉRATOIRES ET PRONOSTIC.

Les soins ultérieurs, dit le professeur Tillaux, ont une grande importance. Faut-il mettre une sonde à demeure dans la vessie? Il est évident qu'il y a un grand intérêt à ce que l'urine ne vienne pas au contact de la plaie, mais est-on bien certain d'éviter ainsi cet accident? Le professeur Tillaux ne le croit pas: Il y a chance, dit-il, pour qu'il passe de l'urine entre la sonde et le canal; de plus, le séjour détermine toujours un peu d'urétrite et gêne beaucoup la femme. Donc, pas de sonde à demeure.

Il est préférable de sonder l'opérée trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures ou de la laisser uriner seule si elle le peut, en prenant la précaution de laver soigneusement les parties, après chaque miction, avec la liqueur de Van-Swieten. Il sera également très bon, pendant les premiers temps, d'administrer, chaque jour, une potion avec quatre grammes de borate de soude, et de faire chaque jour, dans le vagin, un lavage antiseptique.

Après avoir bien nettoyé la plaie et l'avoir bien desséchée, l'opérée sera reportée dans son lit, sans qu'on fasse un autre pansement, disent Hégar et Kaltenbach. Nous préférons beaucoup le conseil et la pratique du professeur Tillaux : Bien laver les parties avec le sublimé, appliquer sur le périnée de la gaze iodoformée, un tampon d'ouate hydrophile et un bandage en T.

Ensuite, nous lions ensemble les membres inférieurs avec une large serviette, afin d'éviter les mouvements involontaires qui pourraient se produire pendant que la malade s'éveille du sommeil anesthésique ou bien pendant que la femme dort.

Maintenant, faut-il ou non laisser aller les malades à la garde-robe? Les auteurs ne sont pas d'accord sur cette question, et cependant de la solution dépend beaucoup le succès.

Tout d'abord, il est très mauvais, d'après nous, de placer en permanence dans le rectum une canule, ainsi que le font certains opérateurs, qui espèrent faciliter ainsi l'évacuation des matières fécales et des gaz.

Ces instruments, en effet, peuvent déchirer les adhérences qui se produisent entre les lèvres de la plaie et provoquer l'apparition de contractions réflexes dans la paroi du rectum.

Emmet a obtenu d'excellents résultats en ne donnant à la malade qu'une petite quantité de lait soigneusement peptonisé. Au bout de trente-six heures, l'intestin donnait passage, chaque jour, à des matières semi-liquides au moyen d'une quantité suffisante de poudre.

de réglisse; mais, quelquefois, du lait caillé s'accumulait en masses volumineuses, qui ne pouvaient être expulsées sans nécessiter certaines manipulations mettant en péril le succès de l'opération.

Aussi maintient-il maintenant les intestins constipés pendant trois ou quatre jours après l'opération, quand la malade a été convenablement préparée. La diète doit être strictement réduite à des liquides, du bouillon fort ou de la soupe et une faible quantité de viande, une fois par jour, sans légumes ni pain.

Le but qu'il faut atteindre est de donner un aliment aussi concentré et sous un volume aussi petit que possible, de façon à fournir le moins possible de matériaux de rebut pouvant s'accumuler.

Certains auteurs pensent qu'à l'aide de l'opium, d'une nourriture modérée, on doit retarder les selles jusqu'au dixième ou douzième jour et, à ce moment, disent-ils, la cicatrice sera suffisamment solide pour résister à la pression des matières fécales.

Ce n'est pas là notre avis et nous suivons encore de préférence la conduite du professeur Tillaux et de Hégar et Kaltenbach.

En effet, par cette constipation prolongée, les fèces deviennent dures, compactes et la cicatrice encore récente se trouve gravement compromise. La première selle devient pour tous, opérée, opérateur, personnel, une véritable torture.

Il est donc de beaucoup préférable de laisser les malades soumises à la diète liquide et de provoquer plutôt la défécation par un lavement si le besoin s'en

fait sentir. Il faut éviter cependant la diarrhée proprement dite, car les matières fluides peuvent s'insinuer dans les petits interstices que présente la suture et jouer là le rôle d'agents infectants.

La suture bien hermétique de J. Hüe, l'absence de suppuration résultant d'une antiseptie parfaite, mettent la plaie à l'abri du contact des matières fécales. Ainsi, une des dernières opérées du professeur Tillaux fut prise de ses règles et d'une diarrhée abondante sans que la suture ait en rien souffert.

Si les gaz gênaient la malade et ne pouvaient être évacués, on introduirait, de temps en temps, une grosse sonde dans le rectum à une profondeur de six à huit centimètres.

Si une distension exagérée du rectum se produit, le chirurgien devra se charger lui-même de procurer du soulagement à la malade, sans quoi son opération sera un insuccès.

La malade sera placée près du bord du lit, couchée sur le dos, les jambes fléchies sur l'abdomen et tenues par un aide. L'opérateur introduit alors soigneusement dans le rectum l'index de la main gauche bien graissé et exerce une pression ferme en bas vers le coccyx.

Par suite de la traction exercée dans cette direction, l'anus s'ouvre sans séparer en haut les bords réunis de la déchirure. Plus même, si l'introduction est convenablement exécutée, les côtés seront mis plus étroitement en contact. L'anus ouvert, on aperçoit une masse qui remplit le conduit, et souvent le rectum tout entier est distendu. On dirige alors patiemment un jet d'eau,

de façon à ramollir et à diviser les scybales indurées et, si cela va trop lentement, on comprime la masse sur son doigt avec une petite cuiller et on l'extrait sans dilater les parties.

Puis, on administre un léger purgatif; dès qu'une ou deux selles auront été obtenues, on cessera toute purgation, et si l'effet simplement laxatif était dépassé, on administrerait même un peu d'opium. De nouvelles évacuations seront provoquées trois ou quatre jours après.

La malade peut changer de position et se mettre sur l'un ou l'autre côté, sans danger pour les sutures, aussi longtemps que les jambes sont maintenues au contact. A l'avance, Emmet apprend à la malade à bien relever les membres et à se rouler ensuite sur le côté en soulevant le matelas d'une main au niveau de l'épaule et, de l'autre, au niveau de la hanche. De cette manière très simple, la malade peut bouger tout en se dérangeant fort peu. Si elle désire changer de position sans se tourner complètement sur le côté, on peut placer sous le matelas un traversin ou plusieurs oreillers, de façon à soutenir le corps à un angle quelconque.

Il faut surveiller avec beaucoup d'attention la température de l'opérée, car une élévation avertira qu'il y a eu infection de la plaie et qu'un abcès est à craindre. Celui-ci prend ordinairement naissance dans un point insuffisamment affronté où ont pu s'accumuler du sang ou de la sérosité qui ont fourni un milieu de culture aux microbes introduits durant une opération insuffisamment aseptique ou venus le long des sutures. La

région devient alors douloureuse, tendue, les fils s'enfoncent dans les tissus œdématisés et les sectionnent.

Si on ne les enlève pas rapidement, l'inflammation devient plus intense et amène d'elle-même la désunion totale. Souvent, en ôtant un ou deux fils de suture en temps opportun, on peut circonscrire le travail inflammatoire et n'observer qu'une désunion partielle.

Si c'est du côté du périnée qu'une partie seulement de la réunion primitive a manqué, elle ne tarde généralement pas à se compléter secondairement. Si c'est vers la cloison recto-vaginale, il faut craindre l'établissement d'une fistule. Très petite, cette perforation recto-vaginale peut s'oblitérer par bourgeonnement, à l'aide de quelques cautérisations ; plus étendue, elle restera permanente et nécessitera une nouvelle opération qu'on ne pourra guère tenter qu'un mois après la périnéorrhaphie.

Le signe pathognomique de cette désunion profonde est l'incontinence pour les gaz de nouveau accusée par la malade.

En général, la réaction après l'opération est peu marquée. Les femmes éprouvent un peu de douleur au niveau de la plaie ; elles ont, pendant les deux ou trois premiers jours, une rétention d'urine plus ou moins accentuée ; tels sont, généralement, les seuls accidents qu'on observe. Quand tout est favorable, la malade peut se lever dès le dixième jour, mais non pas marcher.

Le résultat de l'opération est certain quand il n'existe pas de fièvre, quand tous les gaz s'échappent par l'anus et quand la première selle se fait régulièrement.

Il vaut mieux consulter le thermomètre que les sensations de la malade. Si la température reste normale, nous pouvons espérer la réunion par première intention, bien que les malades, très préoccupées de leur état, nous disent que des gaz s'échappent par le vagin.

Bien souvent, les sensations sont trompeuses et, à l'examen, on peut s'assurer de l'intégrité de la cicatrice. On comprendra facilement que les opérées aient cette impression, si on songe que les jambes étant maintenues rapprochées l'une de l'autre, les gaz glissent entre la face interne des cuisses et viennent s'échapper en avant de la vulve.

En général, on enlèvera les sutures périnéales de fil d'argent, de soie ou de crin de Florence, dès qu'elles commencent à couper ou à irriter les tissus, vers le dixième ou le douzième jour; on tardera davantage s'il n'y a pas de signe d'irritation locale. Les sutures vaginales sont enlevées les dernières; inutile de s'inquiéter des sutures au catgut.

La marche ne sera permise qu'au bout de deux mois; les rapports sexuels seront absolument interdits durant six mois.

PRONOSTIC

Actuellement, la périnéorrhaphie n'est pas une opération grave. Elle peut, très souvent, être pratiquée en quelques minutes, sans recourir au chloroforme, avec le secours seul de la cocaïne en badigeonnages et en injections hypodermiques.

Il n'y a à craindre ni hémorrhagie notable, ni septicémie. Aussi, les résultats sont-ils bien meilleurs depuis qu'on n'a plus guère à redouter la suppuration. Jadis, l'absence d'antisepsie, la multiplicité des sutures du côté du vagin et du rectum, rendaient l'infection de la plaie presque inévitable dans sa partie profonde; aussi, la réunion se faisait-elle souvent vers la superficie, et manquait au-dessous, laissant subsister une fistule recto-vaginale, qui constituait une infirmité à peine moindre que l'absence de périnée. Cet accident est devenu beaucoup plus rare, depuis l'avènement de l'antiseptie et depuis qu'on apporte plus de soin à l'affrontement profond et qu'on a appris à se passer, dans la grande majorité des cas, de toute autre suture que de sutures du côté du périnée. Enfin, le soin qu'on

apporte à réunir les plans musculaires profonds, à rapprocher les bouts du sphincter divisé, rend compte de l'amélioration des résultats obtenus au point de vue des fonctions de l'intestin.

Autrefois, on voyait assez souvent des femmes chez lesquelles le périnée était, en apparence, entièrement réparé, être totalement incapables cependant de retenir ni gaz, ni matières liquides.

Des faits très nombreux prouvent que l'accouchement peut s'opérer sans rupture nouvelle du périnée, même lorsque le chirurgien a diminué la vulve dans de très grandes proportions. On devra, toutefois, se tenir en garde contre un rétrécissement excessif de cet orifice, qui constitue une faute opératoire.

DISCUSSION

Pour suturer une déchirure complète du périnée, on peut recourir en résumé à deux méthodes :

1° La méthode à lambeaux ;

2° La réunion de deux surfaces vivées, de forme triangulaire.

La périnéo-synthèse de Langenbeck est le modèle sur lequel sont calquées toutes les opérations à lambeaux. Cette opération repose sur les principes suivants. Primitivement, la paroi vaginale a été déchirée et a formé un lambeau ; plus tard, la rétraction cicatricielle l'a attirée en arrière et en haut. Il est donc indiqué de séparer la paroi vaginale de ses adhérences anormales et la reporter en avant dans sa situation normale.

Mais, pour qu'on puisse recourir à cette méthode, il faut que les tissus sur lesquels on devra opérer soient abondants et riches en vaisseaux. Cette condition se trouve réalisée quand la déchirure est récente ; quand la déchirure est ancienne, les conditions ne sont plus les mêmes, et très fréquemment, la cloison ratatinée ne présente plus suffisamment de tissus pour y tailler un

lambeau. De plus, très souvent il se produit de la rétraction de la pointe du lambeau, et le périnée se trouve beaucoup raccourci; enfin, on est obligé de faire une plaie très étendue, située dans des tissus riches en vaisseaux veineux, et l'hémostase est difficile à obtenir.

II. Avivement triangulaire

Dans la déchirure complète du périnée, la continuité de la cloison recto-vaginale se trouve interrompue vers le vagin, vers le rectum et le périnée. Il faudra donc faire dans cette triple direction l'occlusion de la solution de continuité.

Dans cette méthode, tous les procédés opératoires ont pour effet de ramener et de fixer sur la ligne médiane les parois de la solution de continuité, après avivement représentant un papillon aux ailes déployées dans le procédé Jude Hue et Emmett.

Dans tous les cas, le périnée conserve la forme et l'épaisseur qu'il avait avant l'opération; il subsiste très rarement des fistules, jamais les opérées ne se plaignent de douleurs ou de difficultés dans le coït. Enfin, on a généralement de bonnes nouvelles des opérées qui accouchent ultérieurement.

Les résultats sont tels qu'on peut considérer le problème de la périnéorrhaphie comme étant résolu, car les échecs, les accidents observés par les opérateurs ne

doivent pas être attribués à la méthode, mais à des fautes dans son application.

Le grand avantage de cette méthode, à notre avis, est sa simplicité, puisqu'elle consiste à aviver simplement, en donnant à la plaie la forme la plus favorable à la réunion, en enlevant la plus faible quantité possible de tissu, et à unir sans effort les surfaces avivées. De plus, cette méthode est applicable dans tous les cas, si compliquées que soient les lésions.

« Nous sommes aujourd'hui, écrit le professeur Til-
« laux, en possession d'un procédé vraiment excellent,
« celui de MM. Emmett et Jude Hûe, et cette difficile
« question de médecine opératoire me paraît définitive-
« ment jugée. Ce procédé simple, facile, rapide, permet
« de réussir à peu près à coup sûr dès la première
« tentative. Non seulement on reconstitue le périnée,
« ce qui fournit un soutien pour la matrice, s'oppose
« au prolapsus et au catarrhe utérin, mais encore on
« rétablit immédiatement la fonction en supprimant
« l'incontinence des matières fécales et des gaz. »

Nous ne voulons pas dire pour cela que le procédé de Lawson-Tait soit défectueux; nous ferons seulement remarquer que s'il jouit actuellement d'une si grande vogue, c'est surtout grâce à sa simplicité et à sa rapidité d'exécution. On ne saurait nier qu'il rend de réels services : mais on ne pourrait cependant renoncer pour lui à toute autre technique. Beaucoup de chirurgiens, d'ailleurs, ne l'acceptent que pour les déchirures incomplètes; nous n'acceptons pas cette méthode, à laquelle nous reprochons de créer très souvent un cul-de-sac en

arrière de la fourchette, et nous lui préférons, avec beaucoup d'opérateurs, le procédé de Jude Hüe, procédé plus ancien, et qui a fait ses preuves.

Dans la discussion qui suivit la communication de l'étude de Jude Hüe, à la Société de Chirurgie, en 1886, M. Richelot estime que le procédé d'Emmett-Jude Hüe est supérieur à tous les autres ; il est le plus simple d'exécution, dit-il, et prévient efficacement la fistule recto-vaginale qui succédait souvent aux anciens procédés. Cependant, il y a des cas rares où il n'est pas suffisant, les cas où la cloison recto-vaginale a été déchirée dans une grande hauteur, et où l'éperon, pour ce motif, est très élevé ou très mince.

M. Richelot a fait quatre fois la périnéorrhaphie, depuis quelques années : deux fois par le procédé de Jude Hüe, et les deux malades ont très bien guéri, au point de vue de la forme et de la fonction. Deux autres fois, il a dû modifier sa conduite : dans un premier cas, la déchirure était profonde et l'éperon très élevé ; dans le second, l'éperon n'était pas à plus de 3 centimètres de hauteur, mais il était constitué par une lame extrêmement mince, cicatricielle, et l'avivement de la surface vaginale de l'éperon l'eût réduit à une lamelle sans épaisseur, dans laquelle il eût été impossible de passer des fils sans arracher le tissu. M. Richelot, qui était assisté de M. Verchère, chef de clinique à la Pitié, dut renoncer à l'avivement d'Emmett-Hüe, et adopta le procédé de M. Richet, qui consiste à dédoubler la cloison, de manière à obtenir une large surface cruentée en forme de sinus ouvert en avant, puis à continuer de

chaque côté la dissection de la muqueuse vaginale, pour en former deux lambeaux latéraux, avec lesquels on reconstitue, par une suture médiane, la paroi postérieure du vagin. On fait d'ailleurs la réunion du périnée comme dans le procédé d'Emmett-Hüe.

Les deux malades chez lesquelles M. Richelot a fait ainsi le dédoublement de la cloison et la suture de la muqueuse vaginale, ont recouvré l'intégrité de la forme et de la fonction comme les deux autres. Il est assez curieux que, sur quatre faits, l'occasion ait surgi deux fois d'abandonner le procédé pur et simple d'Emmett-Jude Hüe, car M. Richelot est sûr que ce dernier répond merveilleusement à la grande majorité des cas.

M. Polaillon pense, comme M. Richelot, que l'opération de M. Jude Hüe est excellente dans la plupart des cas de rupture du périnée; mais, comme son collègue, il estime également que, dans certains cas, il y a lieu de recourir au dédoublement de la cloison recto-vaginale et à la suture vaginale.

M. le professeur Tillaux déclare qu'il a obtenu des résultats merveilleux de la périnéorrhaphie depuis qu'il pratique cette opération d'après le procédé d'Emmett et Jude Hüe; ce procédé met plus sûrement à l'abri des fistules qui, après la périnéorrhaphie par les procédés anciens, persistaient avec une ténacité désespérante.

Nous reconnaissons toute la valeur de l'objection faite par MM. Polaillon et Richelot, en ce qui concerne l'étendue de la destruction de la cloison recto-vaginale. Aussi, dans notre travail, avons-nous indiqué que, quand la déchirure remontait trop haut, il fallait pra

tiquer deux opérations successives et n'entreprendre la restauration du périnée qu'après avoir obtenu celle de la cloison.

Quant à l'objection venant de la minceur de la paroi recto-vaginale, nous avouons en saisir moins bien la portée. Le dédoublement, en effet, suppose deux feuillets séparés par du tissu cellulaire, et, par conséquent, une certaine épaisseur.

Nous dirons même que la minceur extrême de la cloison nous semble une indication de plus à pratiquer l'opération telle que nous la décrivons, puisque l'avivement pourrait, à la rigueur, se réduire à une dénudation par simple raclage, et semble praticable là où le dédoublement de la paroi serait impossible.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Le 28 septembre 1891, la nommée A. J..., âgée de 24 ans, sans profession, entre au Nouvel-Hôpital du Havre, salle 2, lit n° 7, dans le service du Dr S. Fauvel.

Diagnostic. — Déchirure complète du périnée et de la moitié de la cloison recto-vaginale.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants et bien constitués. La mère a eu six grossesses dont deux gémellaires; plusieurs fois elle a été accouchée au forceps, notamment à la naissance de Mme A. J..., notre malade.

De ces huit enfants, trois seulement vivent, tous trois de bonne constitution et en parfaite santé.

Mme J... est restée chétive pendant toute son enfance et jusqu'à sa puberté.

Depuis l'âge de 13 ans, date de l'apparition de ses règles, elle continue à être réglée normalement, elle reste bien portante et ne contracte aucune maladie. Avant son mariage, elle exerçait l'état de couturière, depuis elle l'a complètement abandonné et ne s'occupe plus que de son ménage.

Dix-huit mois avant l'accouchement qui va nous occuper et qui est son premier, elle avait fait une fausse couche à trois mois et demi ou quatre mois terminée sans incident. Pendant toute la durée de sa grossesse, Mme J... s'est bien portée, elle avait même pris un certain embonpoint.

Les douleurs de l'accouchement ont commencé le 25 septembre, le travail marchant très lentement. Le col n'arrivait à la dilatation complète que le 26 au soir. Une application de forceps fut décidée et mise à exécution. On avait affaire à une occipito-iliaque droite antérieure, avec une vulve très étroite.

Des tractions assez énergiques furent exercées et, au moment du passage de la tête, une déchirure considérable du périnée se produisit.

Mme J... fut transportée le surlendemain à l'hôpital, pavillon D, lit n° 7, dans le service du Dr S. Fauvel. Mais la malade était dans un mauvais état général, elle avait de la fièvre, était sans forces, très pâle, bref, on résolut de temporiser. Au bout de trois jours, un mieux sensible s'étant déclaré, l'opération fut décidée pour le 1^{er} octobre.

La veille, un purgatif est administré, et, le matin, un lavement évacuant.

Les précautions antiseptiques ordinaires sont prises. La malade endormie est placée dans la position de la taille.

On apprécie à nouveau et exactement l'étendue des lésions : le périnée est déchiré complètement et la cloison vaginale dans la moitié de sa hauteur. La rupture de la cloison se continue en ligne droite avec la rupture du périnée.

Avivement par excision au moyen de ciseaux courbes des bourgeons charnus sur plusieurs points du périnée.

Sur la cloison recto-vaginale, deux sortes de sutures sont posées :

1° Des sutures profondes en surjet avec du catgut, formant cinq anses; elles partent de la muqueuse vaginale, à un centimètre du bord de la plaie, pour aboutir sur la surface même de la plaie en avant et presque en contiguïté de la muqueuse rectale, pour suivre sur l'autre lèvre un trajet analogue mais inverse.

2° Sept points de suture superficiels à points passés en catgut sont posés sur les lèvres antérieures de la plaie de la cloison.

Pour la déchirure du périnée, quatre points de suture avec des fils d'argent :

1° Un point *rectal* qu'on fait le premier partant à un centimètre

et demi en arrière de l'anus, le circonscrivant, pour venir sortir sur le point symétriquement opposé, après avoir traversé la plaie périnéale.

2° Un point médian ou *de la cloison* remontant aussi haut que possible, mais ne pouvant cependant pas atteindre l'angle supérieur de la déchirure et venant sortir sur le point symétriquement opposé.

3° Un troisième point, point *de la fourchette*, placé en avant du précédent et affrontant la partie antérieure de la déchirure.

4° Un dernier point plus au-dessus du troisième, sur la partie inférieure de la cloison.

Pansement antiseptique de Lister, poudre d'iodoforme. Application d'une bandelette de gutta-percha recouvrant tous les points de suture et protection par une couche de collodion dans le vagin. De cette façon, l'écoulement lochial glissait sur la muqueuse sans pouvoir ni pénétrer dans les points de suture, ni séjourner dans les plis formés par les fils serrés.

Tampon iodoformé.

Chaque jour, trois pansements avec irrigation de liqueur de Van-Swieten (1/3000°), tampon iodoformé et cathétérisme toutes les quatre ou cinq heures avec précautions antiseptiques.

La température, le lendemain de l'opération, s'éleva à 38°6, le 5 octobre à 38°3 pour descendre le lendemain, et les jours suivants, à 37°4, 37°2, et enfin 37°.

Garde-robres. — Le 3 octobre, puis après cet intervalle de trois jours, l'opérée va régulièrement chaque jour à la selle.

Ablation des fils le 13 octobre, c'est-à-dire quinze jours après l'opération.

En examinant le vagin, on constate que la cicatrice vaginale est effectuée sur toute la hauteur. La cicatrice périnéale est également très satisfaisante, mais le sphincter n'a pas encore repris sa contractilité.

À la fin du mois d'octobre, tout marche à souhait : la miction se fait sans douleur et régulièrement, la cicatrisation est absolument complète, tant au périnée qu'au vagin, et les matières fécales ne sont rendues que volontairement.

La malade sort de l'hôpital le 14 novembre en très bon état.

Au mois de juin 1891, puis au mois de septembre, Mme J. . vient nous rendre visite. Nous constatons que le périnée et la cloison offrent une résistance parfaite, et que la fonction s'accomplit normalement.

OBSERVATION II.

Déchirure complète du périnée avec déchirure légère de la cloison recto-vaginale.

Mme N. ., âgée de 24 ans, brune, assez grande, bien constituée.

Père et mère vivants et en bonne santé.

Elle s'est toujours bien portée, est forte; réglée à l'âge de 14 ans, elle n'a jamais eu d'intermittences. Avant son mariage, elle était cuisinière; depuis, elle n'exerce aucune profession.

Le 27 mars 1892, elle est prise des premières fortes douleurs. C'était son premier accouchement.

L'enfant à terme était très volumineux, aussi le travail fut-il long et laborieux.

L'accouchement, nous dit la sage-femme, se fit en occipito-sacrée.

M. le Dr Pauvel est appelé le lendemain 28 mars et constate une rupture complète du périnée, y compris le sphincter anal. La rupture s'étend jusqu'à la cloison qu'elle a légèrement intéressée.

L'opération est immédiatement décidée. Après de minutieuses précautions antiseptiques, on pratique la suture aux fils d'argent. Deux points de suture profonds et deux superficiels sont placés à l'angle supérieur, au niveau de la cloison.

Quatre autres points profonds sont pratiqués sur le périnée. Le point qui remonte jusqu'au-dessus de l'angle supérieur de la déchirure dans la cloison et aboutit en arrière de l'anus (point d'Emmet) est passé assez facilement.

Pansements. — Irrigations vaginales phéniquées.

Toute la surface de la suture est bien époncée, on insuffle de la poudre d'iodoforme, et on applique une couche légère de coton hydrophile. Le tout est recouvert d'une lame mince de gutta-percha.

Pansements chaque jour, injections vaginales au sublimé.

L'ablation des fils est faite le huitième jour, la cicatrisation est complète.

L'état général a été très satisfaisant, aucune suite opératoire, ni fièvre, ni frissons.

Il nous a été donné de revoir la malade trois mois après l'opération. Elle était dans un état excellent. Nous ne savons pas si depuis elle a eu des enfants.

CONCLUSIONS

I. Les déchirures incomplètes du périnée sont fréquentes. Les ruptures complètes plus rares se rencontrent surtout chez les primipares âgées ou chez les femmes chétives. Toute déchirure est un champ ouvert à l'infection.

II. En face d'une déchirure incomplète et, à plus forte raison, d'une rupture complète, le praticien doit absolument intervenir et intervenir immédiatement.

III. Les contre-indications à l'opération immédiate sont rares, elles découlent dans la grande majorité des cas d'un état très gravé de la femme.

IV. Le meilleur procédé opératoire est le procédé de Jude Hûe qui, simple, facile, rapide, nous a donné, dans tous les cas, les résultats les plus satisfaisants.

V. Si l'opération immédiate est impossible, on devra, après le premier septenaire, attendre la fin de la puerpéralité et n'opérer que six mois après.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,

TILLAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BERARD (Auguste). — Dictionnaire en 30 vol., t. XXIII, article Périnée. Déchirure du périnée, p. 514.
- BORAUD (Marcel). — Etude sur la périnéorrhaphie. Thèse de Paris, 1879.
- BARBIER. — Thèse de Paris, 1892.
- DANYAU. — Mémoire sur la périnéorrhaphie pratiquée immédiatement après l'accouchement. Journ. de chirurg. Juin 1843.
- DEMARQUAY. — Gazette médicale de Paris, 1864, pages 138, 174, 188.
- J.-F. DIEFFENBACH. — Die Operative Chirurgie. Leipsig 1845.
- EMMET. — New-York med. Journal. Déc. 1865. Medical Record March. 15, 1873. La pratique des maladies des femmes, traduit par Olivier, p. 375.
- GAILLARD (Thomas). — Traité clinique des maladies des femmes, traduit par Lutaud, 1879, page 106.
- GUÉNIOT. — Bull. Soc. Chirurg. 5 avril 1876. Rapport sur le mémoire de J. Hüe.
- HÜE. — Annales de Gynécologie. Juil. 1876, tome VI, p. 1. Etude sur la Périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète. — Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1886, p. 705.
- HÉGAR et KALTENBACH. — Traité de Gynécologie opératoire, traduit par le Dr Paul Bar, accoucheur des hôpitaux p. 613.
- J. HOLST. — Monatschr. f. Geb. 1863, t. XXXI, p. 303.
- KIRMISSON. — Art. Périnéorrhaphie in Dict. encycl. des sciences méd., 1885, p. 114.

LANGENBECK. — Sur un procédé opératoire pour la guérison des ruptures complètes du périnée. *Gaz. des Hôp.*, 22 janv. 1853, p. 33.

LUIZY. — Th. de Paris, 1883.

NÉLATON. — *Eléments de pathologie chirurgicale*, t. V, 1859, p. 854.
Opinion sur l'opération immédiate.

PARÉ. — Le dix-huitième livre. De la Génération, ch. XXXVIII, édit. Malgaigne, t. II, p. 718.

PICQUÉ. — *Encycl. interm. de Chirurg.*, édit. franc., t. VII, p. 753.

PÉAN. — *Léçons de Cliniq. Chirurg. professées à Saint-Louis*, années 1875 et 1876.

POZZI. — *Traité de Gynécologie*.

RICHET. — De la périnéorrhagie. Leçon faite à l'hôp. des Cliniques et recueillie par Félizet. *Union méd.*, 16 janv. 1869, n° 6.

POLAILLON. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1885, t. XI, p. 242.

ROUX. — Mémoire sur la restauration du périnée chez la femme. *Gaz. méd.*, 1834, t. II, p. 17. — Quarante années de pratique chirurg., 1834, t. I, p. 385.

TERRILLON. — De la périnéoarhaphie pour remédier à la rupture totale du périnée. *Ann. de Gynécol.* Mai 1879, t. XI, p. 330.

TRÉLAT. — *Bull. Soc. Chirurg.* 5 avril 1876. Discussion du rapport de M. Guéniot sur le Mémoire de M. Hùe.

FILLAUX. — *Traité de Chirurgie Clinique*. Deuxième édit., 1891, t. II, p. 465.

VERNEUIL. — *Bull. Soc. Chirurg.*, 24 mai 1862.

TABLE DES MATIÈRES

I. — Avant-Propos	3
II. — Aperçu historique	8
III. — Considérations anatomiques et Pathogénie	11
IV. — Anatomie pathologique	16
V. — Indications de l'opération	18
VI. — Traitement préparatoire	26
VII. — Manuel opératoire	28
VIII. — Traitement consécutif. Accidents post-opératoires et pronostic	41
IX. — Discussion	50
X. — Conclusions	61
XI. — Index bibliographique	62
